**코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표**

**جدول الفحص المسبق للحصول على لقاح فيروس كورونا المستجد (كوفيد-19)**

|  |
| --- |
| §코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다. **☐동의 ☐동의안함**  §코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어 보시고 본인 (법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.  § حصلتُ بشكل كافٍ على الإرشادات المتعلقة بلقاح فيروس كورونا19 (كوفيد- 19) وحول الاعراض السلبية المحتمل حدوثها بعد الحصول على اللقاح، وسأخضع للتطعيم وفقًا لنتيجة الفحص المسبق للطبيب. **☐ موافق ☐ غير موافق**  § في حال الموافقة على الحصول على اللقاح، من أجل التلقيح الآمن يرجى قراءة الأسئلة أدناه بعناية ، والتوقيع شخصيًا (الممثل القانوني ، الوصي) خانة الاختيار الخاصة بالتحقق. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 성명  الاسم | |  | | | 주민등록번호  (외국인등록번호)  رقم تسجيل المواطن  (رقم تسجيل الأجانب) | | - (☐남 ☐여)  - (☐ ذكر ☐ أنثى) | |
| 전화번호  رقم الهاتف | | (집) (휴대전화)  (رقم الجوال) (المنزل) | | | |  | | |
| **예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항**  **الموافقة على الاحتفاظ بالمعلومات الشخصية، وغيرها لإجراءات التلقيح** | | | | | | | | 본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑  تحقق الشخص نفسه (الممثل القانوني، الوصي) ☑ |
| 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.  ▪개인정보 수집· 이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등  ▪개인정보 수집· 이용 항목: 개인정보 (민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호 (집/휴대전화)  ▪개인정보 보유 및 이용기간: 5년  يتم جمع المعلومات الشخصية والمعلومات الحساسة مثل رقم تسجيل المواطن بموجب المادة رقم 4-33 من "قانون الوقاية من الأمراض المعدية وإدارتها" والمادة رقم 3-32 من اللائحة التنفيذية للقانون نفسه. البنود الإضافية التي سيتم جمعها هي كما يلي.  ▪ الغرض من جمع واستخدام المعلومات الشخصية: رسائل نصية تتعلق بجرعة اللقاح التالية وإتمام التلقيح، حدوث اعراض سلبية بعد التلقيح، إلخ  ▪ جمع المعلومات الشخصية وبنود الاستخدام: المعلومات الشخصية (تشمل المعلومات الحساسة، ورقم تسجيل المواطن)، ورقم الهاتف (المنزل / الهاتف المحمول)  ▪فترة الاحتفاظ بالمعلومات الشخصية واستخدامها: 5 سنوات | | | | | | | | |
| 1.코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 <코로나19 예방접종관리시스템>으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.  \*예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.  1. قبل الحصول على لقاح كورونا19، أوافق على التحقق المسبق من التفاصيل الخاصة بالخاضعين للقاح باستخدام <نظام إدارة لقاحات كورونا19 <.  \* إذا كنت لا توافق على التحقق المسبق لتفاصيل اللقاح، فقد ينتج عن ذلك لقاحات إضافية غير ضرورية أو تطعيمات متقاطعة. | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ نعم ☐ لا |
| 2.코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신하는 것에 동의합니다.  \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  2. أوافق على تلقي معلومات حول الجرعة القادمة واستكمال جرعات لقاح كورونا19 عبر رسالة نصية على هاتفي المحمول.  \* إذا كنت لا توافق على تلقي رسائل نصية، فلن تتمكن من تلقي معلومات حول البنود التي لا توافق عليها. | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ نعم ☐ لا |
| 3.코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.  3. أوافق على تلقي رسائل نصية تتعلق بحدوث الاعراض السلبية، وغيرها بعد الحصول على لقاح كورونا19.  \*문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.  \* إذا كنت لا توافق على تلقي رسائل نصية، فلن تتمكن من تلقي معلومات حول البنود التي لا توافق عليها. | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ نعم ☐ لا |
| **접종대상자에 대한 확인사항**  **قائمة التحقق للفئة المستهدفة من اللقاح** | | | | | | | | 본인 (법정대리인, 보호자) 확인☑  تحقق الشخص نفسه (الممثل القانوني، الوصي) ☑ |
| ①(여성) 현재 임신 중 입니까?  ①هل أنتِ حامل حاليًا (خاص بالسيدات)؟ | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ نعم ☐ لا |
| ②이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.  ② هل توجد أماكن محددة في جسدك تؤلمك اليوم على غير العادة؟ اكتب الأعراض المؤلمة.  ( ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ نعم ☐ لا |
| ③코로나19 감염을 진단받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.  ( 년 월 일)  ③ هل سبق تشخيصك بأنك مصاب بكورونا19؟ إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى كتابة تاريخ التشخيص.  (يوم شهر عام ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ نعم ☐ لا |
| ④최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종 받은 적이 있습니까?  ④ هل حصلت على لقاح كورونا (أو أي تطعيم آخر) خلال الـ14 يوما السابقة ؟ | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ نعم ☐ لا |
| ⑤코로나19 백신을 접종 받은 적이 있습니까?  **☞‘아니오’ 일 경우 ⑥번 문항으로**  있다면 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)  ⑤ هل حصلت على لقاح كورونا من قبل؟ ☚ **إذا كانت الإجابة "لا"، فانتقل إلى السؤال رقم ⑥**  إذا كانت الإجابة نعم، اكتب تاريخ الحصول على اللقاح. (تاريخ الحصول على اللقاح: يوم شهر عام ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ نعم ☐ لا |
| ⑤-1 코로나19 백신 접종 후 중증 알레르기 반응 (아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까?  (중증 알레르기 반응이 나타난 백신 종류: )  ⑤-1 هل تلقيت علاجًا من قبل بسبب ظهور اعراض حساسية شديدة (حساسية مفرطة: صدمة، ضيق تنفس، فقدان وعي، ورم في الشفتين / داخل الفم، إلخ)، بعد الحصول على لقاح كورونا؟  (نوع اللقاح الذي تسبب في ظهور اعراض حساسية شديدة لديك: ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ نعم ☐ لا |
| ⑥이전에 중증 알레르기 반응 (아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 있다면 중증 알레르기 유발물질이 무엇인지 아시면 적어 주십시오.( )  ⑥ هل سبق لك أن تلقيت علاجًا بسبب ظهور اعراض حساسية شديدة (حساسية مفرطة: صدمة، ضيق تنفس، فقدان وعي، ورم في الشفتين / داخل الفم، إلخ)؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فيُرجى كتابة المادة التي تسببت في هذه الحساسية الشديدة إذا كنت تعرفها. ( ) | | | | | | | | ☐예 ☐아니오  ☐ نعم ☐ لا |
| ⑦혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용 중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오.( )  ⑦ هل تعاني من اضطراب في تخثر الدم أو تتناول مضادات تخثر؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى كتابة اسم المرض أو نوع الدواء الذي تتناوله. ( ) | | | | | | | |  |
| 본인 (법정대리인, 보호자) 성명: (서명) 접종대상자와의 관계:  년 월 일  الاسم الشخص نفسه (الممثل القانوني ، الوصي): (التوقيع) العلاقة بمتلقي التطعيم:  يوم شهر عام | | | | | | | | |
| **의사 예진 결과 (의사기록란)**  نتيجة الفحص المسبق للطبيب (خانة السجل الطبي) | | | | | | | | **확인☑**  **التحقق☑** |
| 체온: ℃  درجة الحرارة: ℃ | | | | 예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음  تم شرح الاعراض السلبية بعد اللقاح. | | | | **확인☑**  **التحقق☑** |
| ‘이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함’을 설명하였음  تم شرح أنه "يجب عليك البقاء في مرفق اللقاح لمدة 15 إلى 30 دقيقة بعد الحصول على اللقاح، وذلك لمراقبة حدوث اعراض سلبية من عدمه." | | | | | | | | **확인☑**  **التحقق☑** |
| 예진결과  نتيجة الفحص المسبق | □예방접종 가능  □ إمكانية الحصول على اللقاح | | | | | | | |
| □예방접종 연기(사유: )  □ تأجيل الحصول على اللقاح (السبب : ) | | | | | | | |
| □예방접종 금기(사유: )  □ عدم إمكانية الحصول على اللقاح (السبب : ) | | | | | | | |
| 이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다. 의사성명: (서명)  نشهد بأنه تم إجراء الاستبيان والفحص أعلاه. اسم الطبيب: (التوقيع) | | | | | | | | |
| **예방접종 시행자 기록란**  خانة مخصصة للقائم بالتلقيح | | | | | | | | |
| 제조회사  الشركة المصنعة | | | 백신 제조 번호  رقم تصنيع اللقاح | | | 접종부위  مكان التلقيح | | |
|  | | |  | | | □좌측 상완 □우측 상완  □ الجزء العلوي من الذراع الأيسر □ الجزء العلوي من الذراع الأيمن | | |
| 접종자 성명: (서명)  اسم القائم بالتلقيح: (التوقيع) | | | | | | | | |